

AUTORIZACION Y CONSENTIMIENTO PARA EL USO O REVELACION DE FOTOGRAFIA

Favor de llenar todas las secciones – al frente y atrás.

Yo, _____ (Escriba su nombre)

Autorizo a los siguientes programas de Salud Pública:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Servicios de Salud de la Comunidad | <input type="checkbox"/> Servicios Médicos de Urgencias |
| <input type="checkbox"/> Examinador Médico | <input type="checkbox"/> Servicios Administrativos |
| <input type="checkbox"/> Cárcel | <input type="checkbox"/> Clínicas Especialistas |
| <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ | |

A tomar y reproducir:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fotografías de mi cara | <input type="checkbox"/> Video de mi cara |
| <input type="checkbox"/> Fotografías de mi cuerpo | <input type="checkbox"/> Video de mi cuerpo |
| <input type="checkbox"/> Fotografías de mis órganos internos | <input type="checkbox"/> Video de mis órganos internos |

Con el (los) siguientes propósito(s):

- Educación
- Publicación
- Otros propósitos:

RECEIVED
Human Subjects Division

MAR 19 2010

UW

(si es para Relaciones Públicas, favor de ver también la siguiente página)

Persona / Organización que recibirá la información: _____

También autorizo que tales fotografías puedan, a discreción del programa de Salud Pública, llegar a formar parte del expediente médico y para que se disponga de ellas, como cualquier otro registro médico, previo recibo de la autorización válida.

A menos que sea revocada o de otro modo provisto aquí, esta autorización se vence _____ (anote la fecha o el evento aplicable). Si esta autorización requiere que se use o se proporcione información médica al empleador del cliente o a una institución financiera, esta autorización vencerá en 90 días a partir de la fecha en que sea firmada.

Revocación: Entiendo que puedo revocar esta autorización presentando una revocación por escrito a la Oficina de Privacía de Salud Pública, en cualquier momento **excepto si tal medida se ha tomado** en la autorización original.

Continúa en la siguiente página

APPROVED

APR 05 2010

UW Human Subjects
Review Committee

This is a permanent part of the health record
Esta es una parte permanente del expediente médico

AUTHORIZATION & CONSENT TO USE OR DISCLOSE
PHOTOGRAPHY

Public Health 
Seattle & King County

Patient Name:
HR #:
D.O.B.:

Entiendo que tengo los siguientes derechos: a) Inspeccionar o recibir una copia de mi información médica protegida, b) Recibir una copia firmada de la presente autorización y c) Negarse a firmar esta autorización.

También entiendo que Salud Pública no pondrá condiciones al tratamiento o al pago que se reciban con esta autorización firmada.

VOLVER A REVELAR CIERTA INFORMACION ESTA PROHIBIDO: Una vez revelada su información médica, no se requiere que quien la reciba la mantenga confidencial. Sin embargo, si usted autoriza la revelación de información médica que contenga información de enfermedades transmitidas sexualmente, la ley estatal prohíbe volver a revelarla (Ch.70.24 RCW.) Si usted autoriza revelación de información que contenga información de tratamiento para alcohol o drogas, volver a revelarla está prohibido por ley federal (42 CFR Parte 2).

Los siguientes casilleros deben ser llenados por Salud Pública antes de que el paciente firme esta forma:
The following will be filled out by Public Health prior to the patient signing this form:

1. This authorization also includes information related to the following conditions:

- Not applicable
- Diagnosed Sexually transmitted disease
- Positive HIV/AIDS testing
- HIV/AIDS treatment
- Mental Health
- Drug/Alcohol Abuse

2. For all public relations activities:

A. Specifics of the public relations program are described below, including an explanation of client selection criteria:

B. A Public Health workforce member will identify below whether or not Public Health will receive direct or indirect remuneration from a third party for these services.

- Remuneration will be received by Public Health
- Remuneration will not be received by Public Health

This is a permanent part of the health record
Esta es una parte permanente del expediente médico

FIRMA (PACIENTE O PERSONA AUTORIZADA PARA DAR AUTORIZACION)

FECHA

SI FIRMA OTRA PERSONA QUE NO SEA EL PACIENTE, DIGA LA RAZON, LA RELACION CON EL PACIENTE, Y DESCRIBA SU AUTORIDAD

Estimado<Nombre del Cliente>:

En un intento de seguir reduciendo los provocantes que quizás todavía existen en su hogar, nos gustaría comenzar un programa de mitigación para eliminar ciertas plagas como las cucarachas. Abajo hay un resumen de algunas cosas que hay que hacer antes que el tratamiento empiece. Usted puede usar este resumen para asegurar que el tratamiento corre bien. Gracias por su participación y cooperación.

Preparando para el tratamiento de eliminación de cucarachas: Un lista de verificación

Su Trabajadora de Salud Comunitario será en su hogar el: (Fecha): _____ (Hora): _____

Por favor haga el siguiente antes de la cita:

- Saca todos artículos de los gabinetes de la cocina y el baño, ambos gabinetes de arriba y de abajo.
- Saca los cajones de los gabinetes.
- Deja todos artículos de los gabinetes en la mesa o en el centro del piso y cubre con una sábana o hule espuma.
- Guarda comida abierta en el refrigerador.
- Saca todo papel suelto de las repisas de los gabinetes y tíralo en la basura.
- Saca todos aparatos chiquitos eléctricos de los mostradores. Micro hondas grandes pueden quedar.
- Quita todo del gabinete de medicina del baño y el tocador. Toallas, jabón, etc. se puede dejar en la cama, en la tina o la ducha o en el centro del piso.
- Si ha visto cucarachas en su ropero, se tiene que sacar toda la ropa y otros artículos del ropero y dejarlos en la cama.

RECEIVED
Human Subjects Division

MAR 19 2010

UW

► **Areas no preparados no serán tratados.** Areas no tratados pueden causar una re-infestación de las areas ya tratadas.

► Si tiene problemas especiales de alergias, está embarazada, tiene un hijo menos de un año, o tiene cualquier otra pregunta, por favor avísale a su Trabajadora de Salud comunitario.

Después del tratamiento:

- Tenga cuidado en no tocar el cebo de cucarachas.
- Limpia las repisas del gabinete con un trapo húmedo enjabonado.
- Puede seguir usando papel en las repisas, pero que no sea papel de contacto. Por favor permite esperar 4 a 6 semanas antes de poner papel de repisa, para asegurar que se han eliminado todas las cucarachas primero.

Si todavía hay problema, por favor revisa sus hábitos de limpieza:

- Asegura que comida es guardada todas las noches
- Asegura de limpiar los mostradores después de cada comida
- Asegura de limpiar los pisos cada noche
- Asegura de sacar la basura cada noche
- Asegura de secar cada menor indicio de agua del lavabo.

Si todavía está experimentando cucarachas, llame a su Trabajador de Salud de la Comunidad para consejos adicionales.

Trabajadora de Salud de la Comunidad

Número de Teléfono